

KEBIJAKAN DINAS KESEHATAN KOTA BONTANG DALAM PENGEMBANGAN DAN REVITALISASI PUSKESMAS

“ARAH & UPAYA PENGEMBANGAN PUSKESMAS MENUJU PENGUATAN PERAN PROMOTIF - PREVENTIF & FUNGSI RUJUKAN KESEHATAN MASYARAKAT”.

Disajikan pada Forum Mutu Pelayanan Kesehatan Nasional; IHQN Bandung, 19-20 November 2008.

By. Hindar Jaya, Sp. OG

I. PENDAHULUAN

Gambaran Umum Situasi Kota Bontang

Kota Bontang dengan luas wilayah 497,57 Km² terdiri atas 3 kecamatan yakni Kecamatan Bontang Utara, Bontang Selatan dan Bontang Barat. Kelurahan berjumlah 15. Merupakan Kota kecil dengan Jumlah penduduk Tahun 2007, 129.700 jiwa (Sumber: BPS, 2007). Memiliki 2 Perusahaan Besar yakni PT. Badak LNG dan PT. Pupuk Kalimantan Timur. Sebaran sarana pelayanan kesehatan terdiri atas 4 Rumah sakit, 3 Puskesmas 2 Pusban, 2 RS bersalin, bidan praktek swasta, 33 Praktek dokter umum, dan 13 Praktek Drg, dan 9 praktek spesialis. (Sumber data: Seksi Perijinan-Bidang Yankesmas, 2007).

Adapun sektor kerja penduduk, sebagian besar terdistribusi pada industri, perdagangan, pemerintahan, nelayan, dan informal lainnya. Jumlah masyarakat miskin adalah lebih kurang 4527 KK atau sekitar 18.000 jiwa di Tahun 2005.

Pembiayaan kesehatan berdasarkan alokasi murni pada Dinas Kesehatan setiap Tahun cenderung mengalami peningkatan yakni dari 10 M di 2006, meningkat menjadi 23 M di 2007 dan saat ini menjadi 33 M di TA. 2008.

Status derajat kesehatan yang diukur sesuai indikator yang ditetapkan oleh Dinas Kesehatan sudah menunjukkan hasil yang positif, kecuali beberapa yang menjadi *concern* seperti prevalensi HIV/AIDS mengingat Bontang adalah daerah migrasi. Selain itu kasus DBD yang dari dulu menjadi daerah endemis (sedang diupayakan litbang untuk kasus ini, yang boleh jadi dipengaruhi oleh faktor lingkungan/polusi dan varian baru dari Host/nyamuk).

Berbagai program mulai digalakkan dalam akselerasi pencapaian Bontang Sehat, bahkan untuk merespon Perubahan mendasar pada tatanan Pelayanan Kesehatan Dasar.

Demikian gambaran umum dan situasi pembangunan kesehatan di Kota Bontang.

Terkait beberapa fakta dan data di atas maka Puskesmas yang mengalami metamorfosa menuju perubahan peran dan fungsi yang sesungguhnya sudah lama dilaksanakan namun dalam proporsi yang kurang optimal. Peran ke-6 dari Basic six dialihkan menjadi kewenangan Praktek Dokter Keluarga.

II. STRATEGI-KEBIJAKAN DINAS KESEHATAN DALAM PENGEMBANGAN PUSKESMAS

Perubahan pola tindak dan pola pikir pelayanan kesehatan primer pada jenis upaya pelayanan kesehatan perorangan memberikan beberapa konsekuensi logis yakni perubahan manajemen tatanan pelayanan dasar yang selama ini dilaksanakan oleh Puskesmas menjadi kewenangan yang didelivery ke PDK. Hal ini dimaksudkan sebagai reformasi atas sistem pelayanan dasar yang sudah terselenggara sebelumnya sebagaimana dalam dokumen sistem kesehatan Nasional disebutkan bahwa Penyelegaraan Upaya kesehatan strata pertama akan diserahkan kepada masyarakat dan swasta dengan menerapkan konsep dokter keluarga kecuali pada daerah yang terpencil akan dipadukan dengan pelayanan Puskesmas.

Untuk menjawab tantangan diatas dan peningkatan status, dalam upaya meningkatkan akses dan pelayanan, maka pemerintah Kota Bontang mengeluarkan kebijakan program dokter keluarga

Mendasari perubahan tersebut serta untuk tujuan peningkatan status derajat kesehatan masyarakat, kelembagaan Dokter Keluarga serta Puskesmas masing-masing memiliki sinergi upaya utama yakni Puskesmas menjadi *centre of Public Health* (Kesehatan masyarakat) dan Pelayanan Dokter Keluarga

sebagai basis dari upaya kesehatan perorangan (kuratif) dengan prinsip pembiayaan dengan mekanisme asuransi atau sistem Jaminan Kesehatan.

Kebijakan ini disusun menjadi suatu program dengan *set up* Penguatan kapasitas Puskesmas yang selama ini sudah tersusun dalam kerangka konsep Nasional baik secara sumber daya manusia maupun Program/upaya (KIA/KB, Program Gizi, Kesehatan Lingkungan, Penanganan Penyakit Menular, Promosi Kesehatan) kecuali Upaya Kuratif sebagai salah satu dari Basic Six Program Puskesmas. Jadi Upaya ke-enam menjadi kegiatan dan kewenangan Praktek Dokter Keluarga (PDK).

Ada citra baru yang dibangun kembali, *new paradigm of public health centre*. Penguatan fungsi dan peran promotif ini disesuaikan kondisi masing-masing Puskesmas, misalnya pengembangan VCT , pojok Narkoba pada Puskesmas tertentu, adapun pengembangan klinik sanitasi pada puskesmas lainnya. Begitupun upaya mutu untuk cikal-bakal standarisasi upaya kesehatan masyarakat (UKM), maka masing-masing puskesmas akan memilih prioritas kegiatan pokoknya, tanpa mengabaikan kegiatan UKM lainnya.

III. MISI PENGEMBANGAN

Mencakup beberapa aspek antara lain;

1. Mengembangkan puskesmas dalam upaya standarisasi mutu pelayanan/program yang menjadi domain focus pasca implementasi dokter keluarga
2. Mengembangkan kapasitas dan kompetensi tenaga serta rasionalisasi peran fungsi SDM dalam penguatan upaya preventif dan promotif.
3. Pemberdayaan dalam perencanaan dan pengelolaan langsung rencana kegiatan-anggaran pembangunan kesehatan/pengembangan pada lingkup masing-masing Puskesmas (kebijakan anggaran).
4. Pendampingan dan kemitraan dalam pengembangan program.

IV. DRAFT *BLUEPRINT* PENGEMBANGAN PUSKESMAS

a. Konsep Puskesmas Pasca Dokter Keluarga

Operasional konsep Puskesmas sudah dilaksanakan sejak dahulu 1970 mengalami beberapa perubahan terkait indikator program. Pada Fungsinya menjadi ujung tombak pelayanan Dasar sekaligus penentu keberhasilan pembangunan kesehatan. Memiliki filosofi mendalam sebagai agen untuk pemberdayaan/penggerakan masyarakat hidup sehat secara mandiri.

Secara konseptual dan sudah *establish* sejak lama Puskesmas menjalankan Upaya kesehatan langsung dalam wilayah kerja tertentu dengan penduduk dan sasaran target yang jelas.

Suatu misi/konsep yang akan dikembangkan di Puskesmas Kota Bontang adalah lebih menjadi Pusat Rujukan Kesehatan masyarakat. Memfokuskan pada upaya preventif dan Promotif serta pemberdayaan masyarakat hidup sehat dan mandiri.

Adapun perubahan indikator kinerja yang lebih mendekati dimensi mutu dalam perspektif yang sedikit mengalami modifikasi. Berikut diuraikan **konsep Revitalisasi Puskesmas dengan Indikator Kinerja** sebagai berikut :

1. *Efektif*

Perubahan cakupan-cakupan program di wilayah kerja Puskesmas seperti Angka bebas jentik (ABJ), JAGA, Imunisasi, K4, N2, AA, Gizi buruk, dll.

Perubahan cakupan-cakupan ini juga menjadi dasar perencanaan di Puskesmas melalui Minilokakarya/ *microplanning*.

2. *Responsif*

Perlindungan kesehatan masyarakat rakyat di wilayah kerja Puskesmas, dengan intensifikasi pengamatan epidemiologi, mengamati dan melaksanakan tindak lanjut berkaitan dengan kondisi yang dapat mengganggu kesehatan masyarakat untuk segera diperbaiki bersama masyarakat.

Indikator yang bisa diukur dari kejadian luar biasa (KLB), penyakit menular, Penanganan HIV/AIDS, dan gangguan gizi Balita. → dengan demikian KLB dapat dicegah.

3. *Partisipatif*

Menggiatkan peran lintas sektoral dengan fasilitasi oleh pembinaan Puskesmas kepada masyarakat dalam wilayah kerjanya. Seperti : Aktivasi Posyandu, Pusling, UKS, Pos KB, Pojok Gizi, mendorong terbentuknya kader-kader kesehatan; gizi, sanitasi lingkungan, dan melatih konselor profesional untuk konseling HIV/AIDS, lain-lain. Indikatornya sama dengan mengukur upaya partisipatif pada pengukuran kinerja Puskesmas. Puskesmas juga lebih fokus dalam pengembangan kemitraan lintas sektoral semisal Pokjanal DBD, Komisi AIDS, kemitraan dengan organisasi profesi IBI & PPNI terkait insentif bagi perawat & bidan swasta.

4. *Sensitif*

Peka terhadap keluhan masyarakat yang berkaitan dengan kegiatan Puskesmas seperti; lingkungan yang tidak sehat, masalah air bersih, gizi, dan pelayanan pengobatan yang dilaksanakan pada PDK. Melakukan transformasi peningkatan metode penyuluhan kesehatan yang boleh jadi selama ini belum menarik.

Secara umum pengembangan konsep Puskesmas yang baru sepenuhnya Preventif dan Promotif plus menu tertentu yang menjadi upaya pengembangan program dengan basis wilayah kerja dan atau seluruh masyarakat. Namun suatu hal yang tetap menjadi perhatian bahwa pengobatan darurat & Rujukan masih diselenggarakan dengan benar-benar kasus kegawatdaruratan.

Adapun pembiayaan kesehatan pada operasional Puskesmas masih dialokasikan sesuai bidang/program pada tingkat Dinas Kesehatan, jadi belum dapat dilakukan secara block grant langsung pada Puskesmas. Untuk perencanaan kegiatan/anggaran pada TA. 2009, telah dilaksanakan pertemuan dan setiap Puskesmas mengajukan/mempresentasikan kegiatan yang akan dilaksanakan sehingga menjadi rencana anggaran sesuai kebutuhan pada tingkat Puskesmas.

b. Upaya-upaya terkait Perubahan

- ✚ Menetapkan landasan kebijakan ; minimal dengan Peraturan kepala Daerah.
 - a. Peraturan Walikota Nomor 37 Tahun 2007 tentang Penyelenggaraan Upaya Kesehatan Perorangan dan Masyarakat.
 - a. Raperda Penyelenggaraan Jaminan Kesehatan Daerah Kota Bontang
- ✚ Sosialisasi / pertemuan dalam rangka perumusan reposisi peran Puskesmas yang terpadu dengan PDK dengan tenaga Pendamping
- ✚ Pertemuan koordinasi antara PDK & Pimpus serta
- ✚ Penatalaksanaan Pelaporan PDK yang disinergikan dengan SP2TP yang secara kewilayahan tetap menjadi tanggung jawab Puskesmas.
- ✚ Penanganan kasus TB (case finding oleh PDK langsung dirujuk ke Puskesmas untuk penanganan selanjutnya)
- ✚ Penataan konsep PWS (pemantauan wilayah setempat) KIA yang sinergi dengan PDK, pemetaan bumil per wilayah dengan penggerakan partisipasi masyarakat;kader ibu dan remaja sekolah.
- ✚ Validasi kepesertaan Jamkesda sehingga pemetaan secara teritori terhadap PDK masing-masing menjadi lebih jelas.
- ✚ Merumuskan SIM PDK
- ✚ Merencanakan perumusan hingga tahap operasional revitalisasi Puskesmas dengan pendampingan pihak lain.
- ✚ Memenuhi sarana Promotion Kit (laptop, LCD, kamera digital, dll) bagi Puskesmas di tahun anggaran ini (2008).
- ✚ Merencanakan TNA (Training Need Assistent) bagi petugas Puskesmas untuk optimalisasi peran Promotif & preventif.
- ✚ Merencanakan pembelajaran terhadap implementasi VCT klinik dan Pengembangan manajemen mutu pada upaya kesehatan masyarakat.

V. HASIL PELAKSANAAN SAMPAI SAAT INI

Hingga saat ini belum berjalan optimal sebagaimana konsep yang diharapkan namun progres menuju pengembangan tersebut telah digagas & dilaksanakan, seperti pembinaan manajemen dengan perumusan strategi

implementasi Puskesmas yang sinergi dengan pengembangan PDK. Puskesmas tidak lagi melayani pengobatan, fokus pada kegiatan promotif dan preventif, mengembangkan pembinaan partisipasi masyarakat yang berbeda pada tiap-tiap Puskesmas.

Sebagaimana hasil pembelajaran pada Kota Makasar (klinik VCT/PTRM pada Puskesmas) serta upaya manajemen mutu Puskesmas pada kegiatan UKM. Saat ini akan dikembangkan pelayanan VCT dan pojok Narkoba-Harm Reduction pada salah satu Puskesmas yakni Puskesmas Bontang Baru. Persiapan SDM Puskesmas yang dilatih menjadi konselor, serta perencanaan operasional lainnya termasuk anggaran. Konselor dari Puskesmas lain yang sudah terlatih atau yang dipersiapkan untuk itu tetap menjadi jejaring dari Puskesmas pengembangan ini. Secara makro set up VCT puskesmas adalah satelit dari VCT RSUD namun dalam peran yang lebih *mobile* dan pendekatan epidemiologi sekaligus partisipasi komunitas. Mekanisme kemitraan KPA Kota Bontang (Komisi Penanggulangan AIDS) terus ditingkatkan.

Pada Puskesmas 2 lainnya yakni Tanjung laut dan Lok Tuan, akan dikembangkan standarisasi mutu upaya kesehatan masyarakat dan manajemen Puskesmas yang masih menjadi alternatif pilihan sesuai need assessment Pimpinan Puskesmas beserta staf. Antara lain yang menjadi pilihan; UKS, Kesehatan lingkungan dan SP2TP.

Tentunya pengembangan ini tetap memperoleh pendampingan dari pihak lain yang ditunjuk untuk kerjasama disamping penguatan kapasitas SDM ditingkat Dinas Kesehatan selaku pembina dan *manager* makro program.

V. HAMBATAN & PERMASALAHAN

- a. Lintas program tingkat DKK dan Puskesmas masih belum sepenuhnya “memahami” perubahan mendasar yang terjadi dengan pengobatan dasar diarahkan menjadi kewenangan PDK, *mind set* pelayanan pengobatan lebih mendominasi aktivitas selama ini.
- b. Aspek regulasi masih lemah terkait perubahan seperti konteks strategi implementasi /operasional terutama upaya program yang secara teknis

ditangani oleh PDK namun tindak lanjut serta pencatatan & pelaporan khusus. Seperti TB, atau bagaimana menangani pasien yang datang namun mau & mampu membayar sendiri (puskesmas sudah familiar).

- c. Implementasi teknis program tidak selalu sejalan dengan kebijakan operasional umum anggaran dalam hal pemanfaatan.

VI. ACTION PLAN SEBAGAI EXIT STRATEGY

1. Kebijakan umum anggaran Dinas Kesehatan terhadap segala upaya pengembangan kelembagaan dan sumberdaya manusia.
2. Intervensi change management training baik tingkat DKK maupun level Puskesmas.
3. **Perlu kontribusi dan dorongan dari level kebijakan Pusat maupun Propinsi terhadap pola-pola yang berkembang pada tingkat daerah kabupaten/kota seperti di Kota Bontang, semisal menerbitkan pedoman pengukuran kinerja program terkait upaya pengobatan tidak lagi oleh Puskesmas.**
4. Perbaiki sarana & pemenuhan perlengkapan terutama roda 2 bagi petugas surveillance-epidemiologi, sanitasi lingkungan, KIA/KB termasuk pembentukan klinik-klinik sanitasi, promkes, gizi dan UKBM.
5. Koordinasi antara PDK & Puskesmas yang lebih dioptimalkan/digiatkan.
6. *Capacity Building* terkait peran-peran strategis upaya promotif & preventif bagi petugas seperti training skill teknik pengembangan media, motivasi, change management, out bond, dll.

VII. PENUTUP

Demikian gambaran singkat pengembangan Puskesmas di Kota Bontang-Kalimantan Timur, sebagai Ujung tombak pelayanan dasar kesehatan masyarakat yang mengalami revitalisasi untuk kembali pada peran sesungguhnya, basis kesehatan masyarakat. Semoga mendapat perhatian dan saran untuk kondisi yang lebih baik di masa akan datang.

Reference;

1. Konsep pengembangan revitalisasi Puskesmas yang sinergi dengan pelaksanaan pelayanan PDK; Adnan Mahmoed (Direktur Lembaga Adinkes).
2. Keputusan Menteri Kesehatan No. 128 Tahun 2004 tentang Kebijakan dasar Puskesmas
3. Arah dan upaya pengembangan Puskesmas menuju penguatan peran promotif & preventif Revitalisasi Puskesmas; Dinas Kesehatan Bontang disajikan pada Pertemuan Revitalisasi Puskesmas; Bandung 23-24 Juli 2008.
4. dll